

# 船員保険 疾病任意継続被保険者 資格喪失 申出書

喪

申出者情報	記号・番号 (左づめ)	8   8   0   0   0   0   0   0   0   0   -	生年月日			
			昭和・平成	年	月	
	個人番号 (マイナンバー)					
	被保険者の氏名 (申出者)	(フリガナ)				
住所	郵便番号	一	電話番号 (日中の連絡先)			
		都 府	道 県			

資格喪失の事由	提出日 (投函日)	令和 年 月 日
	資格喪失事由 該当の数字を ご記入ください	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため</li> <li>2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため</li> <li>3. 申出により疾病任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入)</li> <li>4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達)</li> <li>5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定)</li> <li>6. 死亡したため</li> </ol>
	資格喪失年月日	令和 年 月 日  記入いただく日付 ・資格喪失事由が1・2の場合…再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日) ・資格喪失事由が3の場合……提出日の属する月の翌月1日 ・資格喪失事由が4の場合……後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日) ・資格喪失事由が5の場合……後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日) ・資格喪失事由が6の場合……亡くなられた日の翌日 ※下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。
亡くなられた 被保険者の氏名	資格喪失事由(6.死亡したため)を選んだ場合のみご記入ください。 (フリガナ)	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

R8.1